PROPOSITIONS

N° 148.

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 août 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR CAMILLE-DENIS MAZURIÉ-PENANNECH,

Ancien Élève de l'École pratique.

Felix qui potuit rerum cognoscere causas !
VIRG., *Georg.*, liv. 2.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* / CHOMEL, *Président.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Examinateur.*	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Suppléant.*
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE MÈRE.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR.

C.-D. MAZURIÉ-PENANNECH.

A MA CHÈRE MÈRE.

A MON FRÈRE; A MA SŒUR.

PROPOSITIONS

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

I.

La *fièvre typhoïde*, de τυφος, stupeur, *fièvre entéro-mésentérique* de MM. Petit et Serres, *dothinentérie* de M. Bretonneau, *gastro-entérite aiguë* de M. Broussais, *fièvres graves* de quelques autres auteurs, est toujours une maladie aiguë, dont le caractère anatomique consiste dans une altération spéciale et constante des plaques de l'iléum.

II.

Cette maladie, invariable dans son siége primitif, suit en général dans son cours une marche uniforme, et se fait reconnaître à l'observateur à des caractères assez tranchés. Cependant certaines constitutions médicales, le tempérament du malade, la gravité plus ou moins grande de la maladie, le développement de quelques lésions secondaires, un symptôme prédominant, peuvent lui imprimer une physionomie particulière, qui fixe spécialement l'attention du médecin; et voilà sans

doute pourquoi l'on trouve tant d'histoires de fièvre typhoïde à lesions identiques sous les noms si différens de *fièvre muqueuse, adynamique, ataxique, etc.*

III.

La cause prochaine de cette maladie nous est tout à fait inconnue. Elle attaque presque exclusivement les jeunes gens de quinze à trente ans qui habitent une grande ville, et surtout Paris depuis peu de temps, un mois à trois ans; chez ces jeunes gens, la tristesse et l'ennui me paraissent de nature à favoriser le développement de la maladie, plus que les excès dans le vin, dans les plaisirs de l'amour, les fatigues de toute espèce, etc; circonstances d'ailleurs assez rares, comparées au chagrin presque inséparable de l'éloignement de son pays et de ses parens. Cette maladie règne souvent épidémiquement, paraît n'affecter qu'une fois le même sujet. Est-elle contagieuse?

IV.

Trois ou quatre jours de malaise, quelque fois moins, souvent d'avantage, précèdent et annoncent cette maladie. Durant ce temps le malade éprouve des frissons irréguliers, des douleurs et des lassitudes spontanées dans les membres inférieurs; s'il vaque à ses affaires, s'il travaille, c'est avec nonchalance et dégoût; il a de la céphalagie, de la soif, de la diarrhée; pas de sommeil, ou sommeil interrompu par des rêves; pas d'appétit; le malade s'efforce pourtant de manger pour soutenir ses forces défaillantes, et pour la même raison il a quelquefois recours au vin chaud ou à quelques autres cordiaux.

V.

Enfin tous ces symptômes s'aggravent, et la maladie se dessine avec ses principaux traits : fièvre plus ou moins intense, céphalagie, douleur du ventre à la pression, surtout à la région cœcale; colique, diar-

rhée, langue et dents encroûtées; la langue se tire difficilement hors de la bouche, reste au dehors tremblottante, et se colle quelquefois aux dents; nausées, vomissemens, râle sibilant, petite toux rare, épistaxis; faiblesse musculaire considérable, prostration, insouciance, dureté de l'ouïe; réponses lentes et laconiques, état de stupeur, somnolence, délire, mouvemens spasmodiques; taches roses lenticulaires, sudamina, ulcérations des vésicatoires, escharres au sacrum.

VI.

La diarrhée débute avec la maladie dans le plus grand nombre des cas; elle apparaît dans son cours, à quelques exceptions près, dans tous les autres, peut être très-considérable, de quinze, vingt, vingt-cinq selles dans les vingt-quatre heures. Sa durée est très-variable; on n'a pas remarqué que son abondance coïncidât avec une faiblesse plus grande, ce qui ne permet pas d'expliquer celle-ci par celle-là. La diarrhée est toujours au début liée à l'altération des plaques de *Peyer*, plus tard elle peut reconnaître une seconde cause, la lésion consécutive du gros intestin, que l'on soupçonnera aux douleurs sur son trajet et à la fréquence des selles. Les matières évacuées, ordinairement ténues, fétides, jaunâtres ou verdâtres, ont quelquefois la couleur du marc de café, ou renferment du sang pur; ces cas sont importans pour le diagnostic, à raison de leur rareté dans toute autre affection aiguë.

VII.

Les douleurs épigastriques, les nausées, les vomissemens surviennent fréquemment dans cette maladie; ils doivent faire craindre une affection de l'estomac, mais il faudra s'en tenir à des présomptions, tant que ces symptômes ne se présenteront qu'isolément chez un même sujet; ils n'auront de valeur réelle pour le diagnostic qu'autant qu'ils se trouveront réunis au moins au nombre de deux, et encore ne sera-t-il permis de prononcer que lors de la coexistence des

douleurs et des vomissemens de bile, toutefois après avoir eu égard, à leur intensité, à leur persistance.

VIII.

Le météorisme est presque propre à la maladie qui nous occupe; très rare avant le huitième jour, il survient en général du douzième au vingtième. Il dure ordinairement jusqu'à la mort, lorsque celle-ci a lieu, et se dissipe insensiblement chez les sujets qui guérissent. Il a son siége spécial et presque unique dans le gros intestin, qui est dilaté, dont les parois sont quelquefois épaissies, non enflammées : nous n'avons que des conjectures sur l'explication de ce phénomène.

IX.

Un des symptômes les plus graves de cette affection est sans contredit le délire, fréquent dans son cours à une époque toujours plus ou moins éloignée du début, susceptible de tous les degrés d'intensité, depuis de légères rêvasseries jusqu'à la fureur la plus violente; il a aussi une durée très-variable. Il paraît généralement proportionné à la gravité de la maladie, dont il constitue lui-même en grande partie le danger. En effet, bien qu'à l'autopsie on ne trouve pas de lésion constante en rapport avec le délire, la violence de ce dernier suffit souvent pour expliquer la mort.

X.

Si le délire vient à s'accompagner de soubresauts dans les tendons, de mouvemens spasmodiques des muscles des bras, de la face, du cou, alors la maladie est très-grave, et il reste peu d'espoir de sauver le malade. Celui-ci est voué à une mort presque certaine, si au lieu de cette alternative de contraction et de relâchement les bras ou le cou restent dans un état de roideur permanente.

XI.

D'autres symptômes, peu graves, sont trop singuliers et trop importans pour le diagnostic pour que je ne me croie pas obligé d'y revenir. Ces symptômes sont : les taches roses lenticulaires qui ont lieu chez presque tous les sujets, et se font voir de préférence sur l'abdomen et la poitrine ; les sudamina, autre éruption moins fréquente que la précédente, consistant en des vésicules plus ou moins petites formées par un fluide limpide et le soulèvement de l'épiderme, occupant plus souvent le cou et les environs de l'épaule, mais pouvant, comme les taches roses lenticulaires, se répandre sur une très-grande étendue du corps ; enfin le râle sibilant, que je range auprès des précédens symptômes, parce que, comme eux, il a quelque chose d'inexplicable et de caractéristique. Ce râle a lieu chez presque tous les malades dont nous parlons ; il est très-bruyant, universellement répandu dans toute la poitrine, et s'allie à une dyspnée peu considérable en proportion.

XII.

D'après ce qui vient d'être dit, il est aisé de pressentir que le diagnostic sera facile généralement ; en effet, la vue seule du malade suffit souvent au praticien exercé pour reconnaître l'affection typhoïde, et l'ensemble des symptômes lui laisse rarement de l'incertitude ; cependant cette maladie peut se présenter à l'état latent, et il arrivera que des médecins habiles trouveront à l'autopsie les traces d'une fièvre typhoïde là où ils ne s'en étaient pas doutés, et réciproquement les plaques de *Peyer* seront saines chez quelques sujets qui auront présenté les symptômes de l'affection qui fait l'objet de cette dissertation.

XIII.

Le prognostic est toujours sérieux, moins cependant chez les su-

jets très-jeunes, chez ceux qui habitent Paris depuis long-temps Nous avons déjà dit quels symptômes lui donnaient plus de gravité; mais, ces symptômes manquant, il ne faudra se livrer qu'avec beaucoup de réserve à l'espoir de la guérison, des accidens graves entravant souvent la marche de cette maladie.

XIV.

Les accidens graves dont je veux parler sont, ces érysipèles qui, d'abord inaperçus, à cause de leur peu d'étendue, de leur siége caché ou de l'absence de la douleur, font ensuite de si rapides progrès qu'en cinq ou six jours ils se sont largement étendus, ont envahi le tissu cellulaire sous-cutané, sont passés à la suppuration ou à la gangrène, et enfin sont souvent la véritable cause de la mort, qui survient au bout d'un temps variable, quelquefois très-court.

XV.

Au nombre de ces accidens, et certainement le plus redoutable d'entr'eux est la perforation de l'iléum et l'épanchement rapidement mortel qui en est la suite. Ce malheur, que rien ne peut faire prévoir, arrive dans les cas où les symptômes ont peu d'intensité, comme dans ceux où ils en ont beaucoup, peut-être même plus souvent dans le premier cas, quelquefois lorsque la maladie est en voie de guérison. La perforation a son siége vers la fin de l'intestin grêle, près de a valvule iléo-cœcale, dans les cas ordinaires; elle nous est révélée par une douleur subite, très-vive, qui de l'hypogastre se répand rapidement dans tout l'abdomen, la décomposition des traits de la face, les nausées, les vomissemens, les frissons, et en un mot tous les symptômes de la péritonite la plus aiguë.

XVI.

La convalescence arrive dans cette maladie à des époques très-variées. Si elle succède à une maladie légère, du vingtième au vingt-cinquième jour, elle sera facile et prompte; si elle se fait attendre long-temps, quarante à cinquante jours, dans le cas d'une maladie grave, elle sera difficile, et il faudra craindre des rechutes fréquentes. La diarrhée survenant dans ces convalescences est en général un mauvais symptôme; le convalescent garde pendant long-temps un air d'hébétude remarquable.

XVII.

Des lésions nombreuses que l'on trouve à l'ouverture des sujets morts de la fièvre typhoïde, les unes, constantes, forment le caractère fondamental de la maladie; les autres, accessoires, sont comme autant de traits secondaires qui s'ajoutent à sa physionomie. La spécialité de quelques-unes de ces dernières lésions, leur ensemble surtout, suffiront souvent pour faire reconnaître la maladie, l'histoire des symptômes et l'altération des plaques éliptiques de l'iléum étant supposées inconnues.

XVIII.

Parmi les lésions accessoires les plus remarquables, je placerai le ramollissement, l'amincissement, la couleur rouge et l'aspect granulé de la muqueuse de l'estomac, et surtout du grand cul-de-sac de cet organe; la destruction de cette membrane, son ulcération, l'inflammation et l'ulcération du gros intestin, du pharynx, de l'œsophage, de l'épiglotte; le ramollissement du foie, des reins, du cœur, de la rate, le volume plus grand que d'ordinaire de ce dernier organe; l'engouement des poumons, la présence de liquides dans les plèvres; un épanchement de sérosité des fausses membranes dans la cavité de l'arachnoïde, l'infiltration sous-arachnoïdienne, l'injection de la pie-mère et de la substance du cerveau.

XIX.

L'état pathologique de l'intestin grêle au début de la maladie diffère peu de son état sain. Les follicules isolés, et les glandes agminées de *Peyer* sont seulement plus développés; à mesure que l'affection marche, les follicules apparaissent sous la forme de granulations, qui, de la fin de l'iléum où elles commencent, remontent peu à peu jusqu'aux premiers pouces du jéjunum, où elles sont en plus petit nombre; elles sont arrondies, mobiles, de la grosseur d'une tête d'épingle, et présentent à leur sommet un petit point grisâtre qui indique l'orifice d'un conduit excréteur; elles grossissent, acquièrent quelquefois vers le douzième jour le volume d'un petit pois: elles sont alors boursouflées, plus molles. Dans cet état, la résolution peut avoir lieu, ou la muqueuse, distendue, s'ulcère et donne issue à une espèce de bourbillon grisâtre ou jaunâtre. Les ulcérations nombreuses et petites qui en sont la suite sont quelquefois tellement rapprochées que l'intestin en est pour ainsi dire criblé.

XX.

Pareil travail morbide a lieu dans les glandes agminées de *Peyer*; les plaques qu'elles constituent, rarement visibles dans l'état sain, le deviennent alors manifestement. La muqueuse de ces plaques, d'abord blanchâtre, ne faisant qu'un léger relief à la surface interne de l'intestin, parsemée de petits points grisâtres ou noirâtres indiquant des conduits excréteurs, forme ensuite un relief de plus en plus marqué à mesure que la maladie fait des progrès. Le boursoufflement augmente; les petits points dont nous avons parlé cessent d'être visibles; la muqueuse s'enflamme, et si la résolution n'a pas lieu, l'ulcération est inévitable; elle se fait dans plusieurs points de la plaque en même temps, livre passage à une matière homogène d'un blanc jaunâtre ou rosé,

de consistance molle. Les ulcérations peuvent se cicatriser séparément, ou, se propageant de la muqueuse intermédiaire à plusieurs d'entre elles, envahir toute l'étendue d'une plaque; elles ont souvent pour fond la membrane muqueuse, et quelquefois le péritoine, unique obstacle à une perforation. Il est à remarquer que les plaques les plus voisines du cœcum sont toujours celles où le mal a laissé de plus profondes traces, ce qui porte à penser que c'est là le siége primitif de l'affection.

XXI.

Une autre altération qui coïncide toujours avec celle dont nous venons de parler est l'engorgement des ganglions lymphatiques du mésentère. L'inflammation semble s'en emparer dès le début de la maladie; ils deviennent rouges, augmentent de volume, et atteignent quelquefois celui d'une petite noix; ils se ramollissent; ils suppurent rarement, restent dans cet état d'engorgement pendant l'état de la maladie; ils passent seulement au rouge foncé, au violet, puis au gris: cette dernière teinte annonce qu'elle fait des progrès vers la résolution. Quelquefois un foyer de pus se forme au centre de ces glandes, en détruit la substance, à l'exception des membranes, qui, au contraire, sont devenues épaisses et coriaces: ce pus est dans la suite absorbé. L'altération plus profonde des ganglions mésentériques les plus voisins de la fin de l'iléum nous induit encore à penser que c'est dans cette région que le mal commence.

XXII.

L'étude de ces altérations pathologiques me conduit à faire ici la réflexion qu'il y a manifestement dans cette maladie une tendance remarquable au ramollissement et aux ulcérations; que ces lésions, quoique souvent très-étendues, sont généralement indolentes; que l'inflammation ne doit être assignée comme cause au ramollissement

que dans quelques cas exceptionnels, et qu'elle semble ne jouer qu'un faible rôle dans la production des ulcérations.

XXIII.

Maintenant, si je cherche à m'expliquer tant de symptômes si graves et en même temps si singuliers, tant d'altérations secondaires profondes et variées, mon embarras est extrême, je sens que j'aborde une grande question. Cependant l'inflammation des glandes de *Peyer* et des ganglions mésentériques me semblent insuffisante pour en donner la raison; et j'admets, avec M. *Bretonneau*, que cette maladie est due à l'absorption d'un principe morbide qui, charrié avec le sang, exerce sa première et constante action sur les glandes de *Peyer*, puis ensuite secondairement sur les autres organes, en proportion de l'intensité de la cause morbifère. La thérapeutique viendra, je l'espère, fortifier encore cette opinion.

XXIV.

La multiplicité des médicamens, la diversité des méthodes vantées pour la guérison de la maladie qui nous occupe, me portent fortement à douter de leur efficacité; d'ailleurs le danger de quelques-unes de ces méthodes perturbatrices me semble assez démontré par l'anatomie pathologique. Le rôle du médecin est ici celui de l'observateur, jusqu'à ce qu'un symptôme prédominant ou grave lui fournisse une indication d'agir. Jusque-là il maintiendra son malade à la diète, lui fera prendre des boissons adoucissantes, quelques lavemens émolliens; l'appartement sera bien éclairé, d'une température douce. Le médecin devra surtout surveiller la propreté du malade; car une des circonstances favorables aux escharres du sacrum est l'humidité sale qui résulte du séjour des matières fécales et des urines vers cette partie.

XXV.

La saignée devra-t-elle être pratiquée généralement dans cette affection? C'est une question encore insoluble. Cependant, si l'on fait attention que les épistaxis qui surviennent dans ces maladies ne sont pas ordinairement suivies d'un bien-être sensible, on sera tenté de restreindre l'usage des émissions sanguines, et de les réserver pour des cas d'une indication plus évidente, celui, par exemple, d'un sujet pléthorique, d'une fièvre très-intense, avec pouls plein et développé, d'un délire violent; mais il faut toujours se rappeler que ces saignées auront d'autant plus de succès qu'elles seront pratiquées plus près du début, et que, tardivement prescrites, elles ont l'inconvénient de prolonger la convalescence.

XXVI.

L'efficacité des toniques est aujourd'hui démontrée pour tout esprit sans prévention, et c'est ici, je pense, ou jamais, l'occasion de dire : *post hoc ergò, propter hoc*, lorsque le lendemain de l'administration des toniques à haute dose on voit s'amender des symptômes qui jusque-là empiraient de jour en jour; mais c'est au médecin judicieux d'apprécier les circonstances favorables à leur emploi. Ces circonstances seront, la faiblesse considérable qui paraît ordinairement du quinzième au vingtième jour, la modération des autres symptômes, tels que la diarrhée, le météorisme, le délire, la chaleur à la peau, etc.

XXVII.

Quant aux antispasmodiques, dont je ne veux pas nier tout à fait les bienfaits, leurs avantages me paraissent faibles et leur administration dangereuse. En effet, on y a ordinairement recours lorsque les symptômes cérébraux sont intenses; or, dans ce cas, il est très-

difficile de s'assurer de l'état sain de l'estomac, car les symptômes gastriques sont souvent masqués par les symptômes cérébraux. Combien donc, dans cet état d'incertitude, peut devenir pernicieuse l'ingestion des substances généralement excitantes qui composent cette classe de médicamens? Il faut se garder ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, de ce précepte : *Melius anceps quàm nullum.*

XXVIII.

Les sinapismes, les vésicatoires, me semblent d'un usage beaucoup trop fréquent dans la thérapeutique de cette maladie. Sauf quelques exceptions, par exemple, une congestion des organes encéphaliques, je crois qu'il convient de s'en abstenir. Leur usage ne me paraît établi que sur la théorie de la révulsion, inapplicable au cas particulier qui nous occupe, et l'expérience ne semble pas en justifier l'emploi. D'ailleurs leurs inconvéniens sont graves; ils sont souvent l'occasion d'ulcères difficiles à guérir, qui prolongent la convalescence, et dont la suppuration suffit quelquefois pour épuiser un malade déjà affaibli.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa, *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Epilepticis pueris, mutationes maximè ætatis, et regionum, et vitæ, liberationem faciunt. *Sect.* 2, *aph.* 45.

III.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

IV.

Ophthalmiâ laborantem, alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

V.

Cui persecta est vesica, aut cerebrum, aut cor, aut septum transversum, aut aliquod ex intestinis tenuibus, aut ventriculum, aut hepar, lethale. *Ibid.*, *aph.* 18.

VI.

Tabes maximè fiunt ab anno octavo decimo, usque ad quintum et tricesimum. *Sect.* 8, *aph.* 7.